DE

L'ATHREPSIE TARDIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 novembre 1900

PAR

A.-E. LÉNÉ

Né à Brie-sous-Archiac (Charente-Inférieure)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON, Doyen.
HAMELIN (✻), Assesseur.

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.	GRYNFELTT.
Id. Chargé du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et Appareils.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Prof. honor.: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements..............................	VALLOIS, agrégé.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	VIRES, agrégé.
Pathologie externe..............................	IMBERT, agrégé.
Pathologie générale..............................	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs :
BROUSSE.	PUECH.	RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRES.
LAPEYRE.	MOURET.	IMBERT.
MOITESSIER.	DELEZENNE.	BERTIN-SANS.
de ROUVILLE.	GALAVIELLE.	

M. H. GOT, *Secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*
GRANEL, *professeur.*
BROUSSE, *agrégé.*
VIRES, *agrégé.*

A MES PARENTS

Témoignage d'affection, de reconnaissance et de respect.

A.-E. LÉNÉ.

A Monsieur S. ROCHE

Secrétaire de l'Université de Poitiers

A Monsieur le Professeur GRANEL

A.-E. LÉNÉ.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur BAUMEL

A.-E. LÉNÉ.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études, il nous est agréable de venir remercier nos maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier. Nous craindrions d'être taxé d'ingratitude si nous ne savions reconnaître avec quel zèle désintéressé ils ont fait notre éducation médicale, en nous faisant profiter de leur savant enseignement.

En quittant cette Faculté, nous avons un devoir bien doux à remplir envers ceux de nos maîtres qui se sont plus particulièrement intéressés à nous.

M. le professeur Baumel nous a toujours montré beaucoup d'intérêt. Nous tenons à l'assurer de notre respectueuse sympathie.

En acceptant la présidence de notre travail inaugural, il nous fait un grand honneur.

Qu'il veuille bien en recevoir l'hommage et croire à notre vive reconnaissance.

Que M. le professeur Granel recoive ici l'expression de notre vive gratitude, pour les bons conseils et les encouragements qu'il n'a cessé de nous donner. Nous sommes franchement heureux de reconnaître publiquement les services qu'il nous a rendus. Nous l'en remercions vivement.

Notre ami, M. le docteur Etienne Dunal, pour qui nous avons une réelle sympathie, a droit à toute notre gratitude pour toutes les bontés qu'il a eues à notre égard.

DIVISION DU SUJET

Notre travail comprend plusieurs parties. D'abord, nous avons défini l'athrepsie, suivant Parrot, puis l'athrepsie tardive (Baumel).

Nous avons, dans d'autres chapitres, tout en décrivant l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie, l'évolution, le diagnostic et le pronostic, cherché à établir un parallèle entre l'athrepsie précoce de Parrot et l'athrepsie tardive. Chemin faisant, nous avons montré les analogies et les différences existant entre ces deux types cliniques, au point de vue pathogénique ou symptomatique (alimentation, gastro-entérite). Ensuite, nous avons envisagé comparativement le traitement de l'athrepsie précoce et de l'athrepsie tardive.

Enfin, nous avons fait suivre notre travail de quelques observations prises dans le service de notre maître M. le professeur Baumel.

DE

L'ATHREPSIE TARDIVE

DÉFINITION

L'athrepsie, telle que l'a décrite Parrot, en 1874, est une maladie spéciale au 1er âge, ayant sa cause essentielle dans un trouble profond du travail de la nutrition. C'est le triste privilège des enfants nouveau-nés ayant eu une nourriture insuffisante en tant que qualité et quantité.

L'athrepsie tardive, que nous nous proposons d'étudier, est un mode de dénutrition moins profonde, que l'on rencontre non pas chez les très jeunes enfants, ayant quelques semaines, quelques mois, mais au contraire chez ceux qui atteignent les premières années, 3 ou 4 ans au moins et même davantage, de l'existence.

Quelques auteurs ont voulu appeler cette débilité tardive atrophie infantile. Nous préférons, avec M. le professeur Baumel, le mot athrepsie tardive. En effet, ce terme, plus spécial, plus courant, de α, privatif, θρεψις, nutrition, répond

mieux à l'idée que l'on doit se faire de cette déchéance de l'organisme s'accomplissant tardivement.

Nous définirons donc l'athrepsie tardive : un état spécial dans lequel un enfant naissant bien portant, pesant un poids normal, normalement constitué, diminue tout à coup de poids d'une façon appréciable, permanente et durable, et s'affaiblit chaque jour, au point de devenir d'une grande maigreur.

POIDS NORMAL DES NOURRISSONS. — CAUSES QUI PEUVENT L'INFLUENCER

Pour se rendre un compte exact de l'état d'athrepsie d'un enfant, il est indispensable de connaître quel est l'accroissement normal des nourrissons.

Voici du reste, d'après M. Comby, quel doit être l'accroissement normal des nourrissons pendant les 2 premières années :

Naissance : 3 kilos.

1er mois.	3 k. 700
2e —	4 k. 500
3e —	5 k. 250
4e —	6 k. »
5e —	6 k. 500
6e —	7 k. »
7e —	7 k. 500
8e —	7 k. 900
9e —	8 k. 300
10e —	8 k 660
11e —	8 k. 960

12e	—	9 k. 200
13e	—	9 k. 440
14e	—	9 k. 680
15e	—	9 k 920
16e	—	10 k. 160
17e	—	10 k. 320
18e	—	10 k. 580
19e	—	10 k. 680
20e	—	10 k. 880
21e	—	10 k. 980
22e	—	11 k. 130
23e	—	11 k. 280
24e	—	11 k. 430

Un enfant à la naissance doit peser en moyenne 3 kilos à 3 k. 250, les filles pèsent un peu moins que les garçons ; ces chiffres n'ont pourtant rien d'absolu. On peut dire, à titre de point de repère, qu'un enfant pesant 3 kilos à la naissance, et se développant bien, devra peser environ 7 kilos à 6 mois, 9 kilos à un an, et près de 11 kilos à 2 ans.

Le poids de l'enfant est souvent influencé par l'état de santé de la mère, par les conditions hygiéniques dans lesquelles elle vit. On sait que l'enfant, immédiatement après sa naissance, perd de son poids sous l'influence de l'évacuation du méconium. Cette diminution se continue encore pendant les trois ou quatre premiers jours de la vie. Elle est, d'après D'Espine et Picot, en moyenne de 113 grammes pour le 1er jour et en tout de 100 à 300 grammes. Le poids s'accroît, en moyenne, de 20 à 40 grammes par jour pendant les 5 premiers mois de la vie, et de 10 à 15 grammes pendant les 7 suivants.

Il est très important de s'assurer, par des pesées régulière-

ment pratiquées à jours et à heures fixes, si l'alimentation de l'enfant se fait d'une manière satisfaisante.

Les pesées doivent être faites tous les trois ou quatre jours. C'est par elles que l'on peut établir une courbe indiquant nettement l'accroissement ou la diminution de l'enfant. Tout enfant qui ne gagne pas 20 grammes par jour doit être considéré comme mal nourri ou malade.

Depuis que la balance est d'un usage courant dans les services d'enfants, il est facile de contrôler très exactement leur état de santé, car, ainsi que le disait Trousseau, le seul moyen de s'assurer si un enfant tette bien et suffisamment est de le peser.

ETIOLOGIE

Pourquoi un enfant très bien portant au début, c'est-à-dire dans les premiers mois de la vie, a-t-il parfois l'aspect si cachectique vers l'âge de 2, 3 ou 4 ans ? Sous quelles influences arrive graduellement cet état de dénutrition profonde ? Quelles sont en un mot les causes d'un revirement aussi brusque et aussi complet dans une santé qui était normale au commencement ?

Les causes de l'athrepsie tardive sont multiples et d'ordre différent.

En premier lieu, nous attribuerons un rôle tout particulier à l'alimentation vicieuse, soit par la qualité, soit par la quantité des substances ingérées, soit en raison de l'état spécial dans lequel certains aliments arrivent dans l'estomac par le fait d'une mastication incomplète (Baumel).

Cette cause se rencontre si souvent dans la pratique que nous n'hésitons pas à en faire, pour ainsi dire, le point de départ de l'athrepsie tardive. Ce sont donc les troubles gastro-intestinaux, souvent liés à l'évolution dentaire, qui, d'après nous, méritent d'occuper la place la plus importante dans l'élément étiologique de cet état.

Que la gastro-entérite alimentaire soit aiguë ou chronique, qu'elle revête la forme légère ou la forme grave, il n'en est pas moins vrai qu'elle est un facteur puissant de l'athrepsie tardive.

Elle produit, en effet, dans l'organisme de l'enfant des troubles graves, ayant comme conséquence immédiate une perte de poids appréciable.

Cette perturbation du travail digestif, en même temps qu'elle modifie entièrement l'état physiologique des organes (foie, reins, poumons), amène un amaigrissement très notable et donne à l'enfant un air souffreteux qui lui est particulier dans la circonstance.

Ces troubles gastro-intestinaux se manifestent par des vomissements et de la diarrhée. Ils sont dus, la plupart du temps, à l'ingestion de mauvais lait, à l'emploi intempestif d'aliments solides (soupes, panades, biscuits), à l'abus même du vin. Nous citons, à ce propos, dans une de nos observations, le cas d'un enfant de 6 mois auquel une nourrice mercenaire faisait boire du vin pour suppléer au lait qu'elle n'avait pas.

L'insuffisance de lait est également une cause de l'athrepsie tardive.

Les mères font manger trop tôt leurs enfants ; telle est une des raisons pour lesquelles on voit souvent, aux consultations, des enfants nés bien portants décroître de jour en jour et peser un poids bien inférieur à la normale.

Nous devons citer, en outre, le manque de soins, une mauvaise hygiène, l'état de malpropreté dans lequel certains nourrissons sont obligés de vivre, par suite de la négligence ou de la pauvreté des parents.

Certaines maladies générales (la tuberculose, la syphilis) méritent aussi, par leur fréquence, d'entrer dans l'étiologie de l'athrepsie. Il existe également un lien très intime entre l'athrepsie tardive et le rachitisme.

On doit incriminer, parmi les intoxications, l'alcoolisme. Les enfants d'éthyliques sont fréquemment, en raison du terrain morbide légué par les parents, des candidats à l'athrepsie tardive. Certaines affections, telles que : la coqueluche, la rougeole, la grippe, la diphtérie, la broncho-pneumo-

nie aiguë ou chronique, se rencontrent parmi les causes de l'athrepsie.

L'évolution dentaire occasionne presque toujours une baisse de poids. C'est surtout à l'évolution des dents du 4e groupe (canines) que sont dus les accidents les plus sérieux (Trousseau). En effet, l'enfant n'a pas, à cette époque, les mâchoires suffisamment développées ; les espaces destinés à loger ces dents sont trop exigus. Il est facile de conclure quels sont les troubles qui vont s'ensuivre. D'abord de la douleur, refus de prendre le sein, d'où alimentation troublée par insuffisance, de la diarrhée, et pour peu que cette dernière dure, une diminution très notable du poids s'accompagnant de maigreur.

Il est vrai que, dans la majorité des cas, ces accidents de dentition ne donnent lieu qu'à une baisse de poids tout à fait passagère.

Ces accidents se renouvellent avec plus d'intensité lorsque les mères, trop pressées de voir manger leurs enfants, ont hâte de les sevrer. Si le sein est une douleur pour l'enfant au moment de cette évolution, les aliments solides qu'on lui fera prendre seront, à l'époque du sevrage, une cause de douleur autrement intense. Ces aliments arriveront dans l'estomac sans avoir été même mastiqués. La digestion n'ayant pas été faite, ils passeront dans l'intestin sans modification aucune. De là, des troubles graves aboutissant à la gastro-entérite, au gros ventre, et à une diminution de poids beaucoup plus considérable en rapport avec l'âge du sujet.

Si donc l'on ne veut pas s'exposer à tous ces dangers, occasionnés par l'évolution dentaire, il faut savoir patienter et attendre, comme le faisait Trousseau, pour sevrer les enfants, qu'ils aient 16 dents, sans tenir compte de l'âge auquel ils sont arrivés, c'est là un des bons moyens destinés à prévenir l'athrepsie tardive.

DESCRIPTION

L'athrepsie tardive se montre généralement dans le cours de la première ou de la deuxième année, mais aussi beaucoup plus tard. Nous citons le cas d'un enfant de 18 mois qui ne pesait que 6 k. 620. Ces faits ne sont pas rares, puisqu'un autre, que nous avons observé, ne pesait à 17 mois que 6 k. 720.

Comme on le voit, un des premiers signes consiste dans une diminution considérable du poids normal. Mais pour que ce poids, de beaucoup inférieur à la moyenne, puisse être un signe précieux pour le diagnostic de l'athrepsie, il faut qu'il se maintienne, d'une façon permanente et durable, au-dessous de la normale.

Il ne faudrait pas ranger d'emblée dans la catégorie des athrepsiques tardifs des enfants qui, sous l'influence d'un mauvais état général passager ou d'une maladie aiguë, viendraient à diminuer momentanément de poids.

Les enfants athrepsiques sont très maigres, petits, chétifs. Leurs membres ne sont nullement proportionnés à leur âge. Leurs muscles, ayant subi un notable degré d'atrophie, sont à peine appréciables au toucher. La peau qui recouvre ces masses musculaires presque disparues, devenue trop ample, se ride, se dessèche.

Par suite de ce relâchement général, on voit des hernies se produire à l'occasion du moindre effort, pendant la défécation, par exemple.

Malgré l'épuisement extrême dans lequel se trouvent ces

enfants, ils sont loin de présenter le tableau sinistre des athrepsiques de Parrot.

Ils n'en ont pas l'aspect grave, le facies simien. Leur physionomie, au contraire, a conservé à peu près son état normal. Ils sont plutôt gais quand on s'occupe d'eux.

Ces enfants, retardés dans leur croissance, ne marchent pas comme ils devraient le faire à leur âge. Ils n'ont pas de dents ou très peu.

Ils ont des vomissements survenant avant ou après les tétées. La diarrhée est très fréquente, profuse. Les matières sont jaunâtres, ressemblant en tant que consistance à du mastic. D'autres fois, elles sont verdâtres, liquides.

Nous devons signaler aussi le muguet, qui sans être rare n'est cependant pas très fréquent. Il n'a aucune tendance à se généraliser et il cède très vite au badigeonnage fait avec le borate de soude et miel rosat, à parties égales.

Il n'existe pas de fièvre, à moins d'une complication du côté des poumons. La température du corps est quelquefois modifiée. Le pouls et la respiration sont absolument normaux. Ces enfants sont profondément anémiés. Cette anémie est due à l'épuisement de l'organisme, sans cesse déséquilibré par les évacuations alvines de plus en plus nombreuses.

Beaucoup présentent ce symptôme que M. le professeur Baumel, dans ses leçons cliniques sur les maladies des enfants (1893), a appelé le gros ventre.

«Toutes les fois, dit-il, que je suis en présence du gros »ventre chez l'enfant, je songe de suite à l'alimentation vi»cieuse. Il en résulte pour l'estomac, d'abord de la simple »fatigue, puis de la dilatation, enfin de l'inflammation et l'on »se trouve alors en présence d'une gastrite aiguë ou chro»nique ».

Il existe de l'inflammation de la muqueuse intestinale.

Le foie et la rate sont souvent augmentés de volume.

La cyphose, ce signe de rachitisme, résultant lui-même de la nutrition défectueuse du sujet, mérite d'être signalée dans l'étude de l'athrepsie tardive.

PATHOGÉNIE

Dans l'athrepsie tardive, comme dans la maladie de Parrot, les premiers organes frappés sont ceux de la digestion, les premiers symptômes perçus sont d'origine gastrique ou intestinale. Les vomissements et les évacuations alvines entraînent des pertes liquides considérables.

De là, une modification profonde du liquide sanguin qui pourvoit, quand même, au travail nutritif sans recevoir du dehors les éléments destinés à sa restauration. Par suite de ces grandes pertes non compensées, l'équilibre de l'organisme est fatalement détruit. Si cet état persiste un certain temps, on voit bientôt survenir un amaigrissement dont la marche est plus ou moins rapide.

Cette période peut être appelée, avec Parrot, gastro-intestinale. C'est à elle que se rattache le gros ventre. L'estomac des enfants soumis à une alimentation vicieuse et auxquels on fait prendre des aliments solides en temps inopportun ne peut les digérer. Il s'ensuit un travail supplémentaire de cet organe, cherchant à s'accommoder à cette nourriture intempestive. Sa tunique musculaire trop faible, encore incapable de résister, se laisse distendre et la dilatation suivie de tout son cortège de symptômes (vomissements, constipation ou diarrhée, etc.) est constituée. La paroi abdominale elle-même, trop flasque, se dilate et le ventre devient gros. Souvent les choses en restent là, grâce à une médication bien comprise, mais souvent aussi, on voit les ganglions mésentériques participer au processus inflammatoire. A un degré plus avancé, ces ganglions subissent la dégénérescence caséeuse, tuber-

culeuse (carreau tuberculeux), quelquefois même suppurative, d'où la terminaison par la péritonite suraiguë ou chronique, et dans ce cas une dystrophie particulière, véritable athrepsie d'un âge plus avancé (Baumel). Sous l'influence de cette mauvaise alimentation, les os des membres se trouvant insuffisamment nourris, trop faibles pour supporter le poids du corps, fléchissent et se dévient. La colonne vertébrale subit le même sort ; de là ces difformations que nous appellerons des scolioses, des lordoses, des cyphoses, suivant le cas, déformations qui ont pour point de départ initial une alimentation vicieuse.

La seconde période, conséquence fatale de la première, peut être appelée hématique, étant caractérisée par l'altération du sang.

En effet, ce liquide, très appauvri, ne remplit qu'imparfaitement ses importantes fonctions. Il stagne trop longtemps dans les organes. De là, l'aspect très anémique des enfants. Souvent même, la muqueuse de la bouche devient acide et se couvre d'une couche de muguet.

La plupart du temps, cette végétation de muguet est assez localisée.

L'évolution dentaire, quand elle se fait, surtout si elle se fait mal, s'accompagne bien souvent d'un engorgement des gencives, qui sont gonflées, douloureuses. A un degré plus avancé, elles peuvent s'ulcérer et la stomatite est constituée. C'est sur cette muqueuse buccale ulcérée que viendra se greffer l'oïdium albicans, élément producteur du muguet.

La peau et les muqueuses insuffisamment nourries résistent mal aux irritations locales. Il y a, comme conséquence, de l'érythème des fesses, des cuisses, des parties génitales.

Marche. — Il est difficile de déterminer d'une façon précise l'évolution de l'athrepsie tardive et d'en prédire l'issue.

Presque toujours, les malades guérissent et dans un laps de temps généralement assez court. Il est rare de les voir arriver à cet état de cachexie profonde des athrepsiques de Parrot. Ceux-là, en effet, meurent dans une très grande proportion. Ce qui ne veut pas dire que pour les athrepsiques tardifs le pronostic soit toujours bénin. Il en est qui doivent être soumis à une surveillance très sévère. Parmi ceux-ci se trouvent les tarés, les syphilitiques, les tuberculeux.

L'athrepsie tardive est un syndrome évoluant avec une grande lenteur. Cet état débute en général d'une manière insidieuse. Les premiers troubles sont peu nombreux et bénins ; ils attirent à peine l'attention du clinicien. Ce qui frappe surtout, c'est la perte de poids et la maigreur, qui en sont comme le corollaire indispensable. Si on questionne les mères de famille au sujet de ce brusque changement de leurs enfants, toutes font à peu près les mêmes réponses. Leur enfant, qui jusque-là avait été très bien portant, est, tout à coup et dans l'espace de peu de temps, quelquefois moins d'un mois, devenu d'un poids bien inférieur au poids normal, d'une grande maigreur, avec de la diarrhée très abondante, un état d'inquiétude manifeste.

Cet état, bien qu'inspirant des craintes très fondées, est cependant loin de ressembler, en tant que gravité, à la forme décrite par Parrot.

Ces enfants ont perdu du poids, ils sont maigres, mais ils ne se rapprochent nullement comme aspect des athrepsiques précoces dont Parrot nous a fait le sinistre tableau, avec «leurs joues qui se creusent profondément, leurs maxillaires »qui se rejoignent». Ils n'ont pas ce facies simien produit par la saillie des mâchoires. Ils sont simplement maigres et pèsent un poids nullement en rapport avec leur âge.

Terminaison. — On peut dire que la guérison est la règle

la plus habituelle, tandis qu'il est excessivement rare que les athrepsiques confirmés parviennent à guérir. Presque tous, à l'exception toutefois des tarés, après avoir eu une courbe des pesées assez inégale, tantôt avec augmentation, tantôt avec diminution, après être restés pendant quelque temps stationnaires, finissent par acquérir chaque jour et d'une façon croissante une augmentation de poids qui, quelquefois, dépasse les limites normales. On voit de ces enfants augmenter de 80, 85, 87 grammes et parfois beaucoup plus. Sous l'influence de cet accroissement constant du poids, témoin d'une bonne nutrition, on les voit, souvent même au bout de quelques mois, entrer définitivement dans la catégorie des enfants bien portants. Nous n'avons jamais vu, pour notre propre compte, ces enfants ne pas guérir sous l'influence d'une bonne et sévère hygiène et d'une alimentation rigoureusement régulière et strictement observée.

Pronostic. — De la terminaison de l'athrepsie tardive, terminaison presque toujours favorable, il nous sera facile de déduire quelle doit être la gravité ou la bénignité de son pronostic.

Nous rangerons les enfants sous deux catégories :

Dans une première viennent prendre place les tarés, c'est-à-dire les syphilitiques, les bacillaires ; dans une deuxième, nous classerons ceux qui, s'étant toujours bien portés, perdent tout à coup de leur poids d'une façon permanente, appréciable et durable.

Pour les premiers, le pronostic sera très réservé et très variable. En effet, ces organismes, déjà considérablement affaiblis par l'infection, résistent mal aux maladies qui peuvent les atteindre. Ces maladies, telles que la broncho-pneumonie, la grippe, la rougeole, la variole, la scarlatine, viendront

plus facilement se greffer, à titre de complications, sur ce terrain déjà malade et douteux.

D'autre part, ces enfants tarés exigent beaucoup plus de soins. En outre du traitement de l'athrepsie, ils sont en même temps et surtout justiciables d'un traitement spécifique approprié à leur genre d'infection.

Cette médication un peu intensive a souvent pour effet de déterminer chez les malades un certain degré de faiblesse, qui se traduit par de l'anémie très notable.

Quant aux seconds, chez lesquels on a presque toujours négligé d'observer les règles hygiéniques les plus élémentaires de l'alimentation, cause essentielle de leur mal, le pronostic est absolument bénin. C'est, en effet, parce que ces enfants ont été nourris dans des conditions tout à fait vicieuses, parce qu'ils ont eu à souffrir d'une mauvaise hygiène, parce qu'ils ont présenté trop longtemps cet état connu sous le nom de misère physiologique, qu'on voit survenir chez eux les indigestions, la gastro-entérite aiguë ou chronique, l'engorgement également aigu ou chronique des ganglions du mésentère avec, comme conséquence, l'augmentation du volume de l'abdomen.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'athrepsie tardive est relativement facile à faire.

Il suffit tout simplement de pratiquer des pesées régulières à jours et, autant que possible, à heures fixes.

En partant de ce principe que tout enfant normal doit en moyenne peser de 3 kil. à 3 k. 250 à la naissance et 9 kil. à un an, on doit considérer comme athrepsiques tous ceux qui, ne présentant aucune tare de syphilis ou de tuberculose, se maintiendront à un poids très inférieur à cette moyenne. Il y a cependant une restriction à faire pour ceux qui naissent en état de débilité congénitale. Dans les deux ou trois premiers mois de la vie surtout, il est essentiel de tenir compte du poids de naissance. Ainsi, un enfant de 2 k. 300 à la naissance ne pourra être considéré comme athrepsique, parce qu'il ne pèsera que 3 k. 700 à deux mois.

Nous avons vu, à propos de l'étiologie, que l'âge, la constitution physique, la situation sociale des parents, la multiparité et la race tiennent une grande place dans l'évaluation du poids à la naissance. Pour faire le diagnostic, il suffira donc de peser régulièrement l'enfant en tenant compte du poids qu'il devrait peser normalement ; le clinicien est souvent dans l'embarras quand il se demande quelle est la cause exacte de l'athrepsie. Il est indispensable d'avoir des renseignements très précis sur les parents, et surtout sur l'alimentation et la manière dont elle a été donnée à l'enfant depuis la naissance. L'athrepsie de Parrot se reconnaîtra facilement. puisqu'elle ne se rencontre que dans les premiers mois de

l'existence, et qu'elle s'accompagne de troubles extrêmement graves qui ne se retrouvent pas ici. La tuberculose et la syphilis sont d'un diagnostic plus délicat, car outre qu'elles coexistent souvent avec l'athrepsie tardive à titre d'élément étiologique, elles sont parfois difficiles à découvrir, parce que bien fréquemment les signes physiques, ceux qu'il faut voir avec les yeux, font défaut. Dans ce cas, les recherches les plus minutieuses sur les antécédents héréditaires doivent être soigneusement faites, les commémoratifs largement mis à contribution, si l'on veut arriver à une conclusion nette.

TRAITEMENT

Dans le traitement de l'athrepsie tardive, l'hygiène et la thérapeutique doivent se compléter l'une par l'autre.

En observant strictement les règles de l'hygiène, on fait en même temps de la bonne prophylaxie.

Toute la thérapeutique de l'athrepsie tardive consiste à donner une bonne alimentation. Il faut avant tout donner aux nourrissons du bon lait. Cruveilhier a dit, il y a longtemps : le meilleur médicament pour le nouveau-né est le bon lait. De là la nécessité de l'allaitement maternel.

Tout nouveau-né, disait Parrot, doit être allaité par sa mère, ou, à son défaut, par une nourrice étrangère, et il ne prendra d'autre aliment que le lait qu'il tire du sein. L'alimentation au sein est donc l'alimentation idéale, mais encore faut-il qu'elle soit soumise à certaines règles bien définies. Les tétées devront être convenablement espacées, toutes les 3 heures, dans les 3 premiers mois, pendant le jour, et toutes les 4 heures pendant la nuit. Ce réglage de tétées a une grande importance. C'est souvent parce que les mères négligent de s'y conformer qu'elles voient leurs enfants dépérir. Croyant toujours que l'enfant manque de nourriture, souvent pour apaiser ses cris, elles le gorgent de lait. Il est de première importance de ne pas introduire dans l'estomac plus qu'il ne peut contenir, sans quoi on voit survenir les vomissements, la diarrhée, le gros ventre. C'est bien souvent plutôt par excès de nourriture que par insuffisance que l'on voit survenir l'athrepsie.

Quand l'enfant ne peut être nourri au sein, on l'élèvera au biberon, et dans ce cas le biberon le plus simple sera le meilleur. Le lait doit être de bonne qualité et parfaitement stérilisé. Les tétées doivent être réglées comme dans l'allaitement maternel.

Il est essentiel de bien régler l'alimentation de l'enfant. On ne doit donc pas prescrire d'autre régime que le régime lacté exclusif. C'est le meilleur moyen de favoriser la digestion et la nutrition. En outre, l'enfant devra être entouré des soins hygiéniques les plus rigoureux : bains fréquents, linges souvent renouvelés, chambre propre et bien aérée.

M. Hutinel pratique chaque jour, chez les enfants athrepsiques et arrivés à une cachexie profonde, 3 injections sous-cutanées de sérum artificiel (7 grammes de chlorure de sodium pour 100 grammes d'eau) de 10 grammes chacune. Il injecte ainsi 30 grammes de sérum artificiel tous les jours, jusqu'à ce que les enfants aient retrouvé le poids qu'ils avaient avant leur maladie. Ces injections sont faites dans les masses musculaires des lombes, du dos, des fesses ; elles ont pour but de rendre à l'organisme un peu de l'eau qu'il a perdue et en même temps de relever la pression sanguine et stimuler le système nerveux déprimé.

Il faut, en même temps que cette thérapeutique hygiénique générale, faire de la thérapeutique symptomatique.

Les premiers symptômes observés étant de nature gastro-intestinale, c'est donc à l'estomac d'abord et à l'intestin ensuite que la médication devra s'adresser. Il suffit pour réparer la tolérance du système digestif d'avoir recours au régime lacté exclusif.

Pour combattre les troubles gastro-intestinaux et le muguet, nous conseillons la potion suivante employée par M. le professeur Baumel :

Eau de chaux.	} āā 60 gr.	
Eau de laitue..........		
Sirop simple.	30 —	
Teinture de musc	IV gouttes.	

dont l'enfant prend une cuillerée à bouche toutes les 2 heures. Quelques auteurs ont conseillé, pour faire cesser les selles diarrhéiques, les lavages de l'intestin avec l'eau tiède additionnée de bicarbonate de soude et d'acide borique.

Puis le collutoire avec :

Borate de soude... .	} à parties égales.
Miel rosat.....	

en badigeonnages 3 fois par jour avec un pinceau de blaireau.

S'il existe de l'érythème des fesses et des parties génitales, il faut tenir ces régions très propres et saupoudrer, après un lavage à l'eau boriquée, avec de la poudre de lycopode.

La gastro-entérite alimentaire et le gros ventre qui en est la conséquence produisant toujours des fermentations anormales, il est essentiel de les neutraliser par des désinfectants de l'intestin (benzo-naphtol).

Les évacuations alvines, si fréquentes dans l'athrepsie tardive, ont pour résultats de l'inflammation, puis des ulcérations de la muqueuse intestinale. De là, la nécessité de les cicatriser.

Les sels de bismuth, ayant une action topique sur les muqueuses et une action absorbante sur les gaz intestinaux, sont tout indiqués. Le salicylate de bismuth, en même temps qu'il cicatrise les ulcérations des muqueuses, est en outre antiseptique intestinal. Aussi son emploi doit-il être recommandé. Suivant qu'il y a constipation ou diarrhée, on prescrit avec le benzo-naphtol soit le salicylate de bismuth, soit le salicylate de magnésie associés, dans un julep.

En outre du traitement qui s'adresse exclusivement aux symptômes, il y a aussi le traitement général qui sera surtout une médication tonique.

Pour aider à l'évolution dentaire (car nous savons que les athrepsiques tardifs n'ont pas ou peu de dents), le phosphate de chaux doit être employé dans une large mesure. Son action générale consiste en une accélération de la nutrition et reconstitution du squelette. C'est sous forme d'eau de lacto-phosphate de chaux, à la dose de 2 cuillerées à soupe par jour, une le matin, l'autre le soir, dans l'eau et le vin, ou de sirop de lactophosphate de chaux, que ce précieux médicament doit être administré. Utile à l'évolution des dents, il ne l'est pas moins pour le squelette qu'il fortifie tout en prévenant ainsi ces déformations squelettiques, qui apparaissent souvent très tardivement et qui, comme nous l'avons dit, ont des rapports si intimes avec l'athrepsie tardive. C'est aussi un des bons moyens destinés à prévenir la rachitisme.

Si l'enfant est syphilitique, il y a des indications spéciales à remplir. La liqueur de Van Swieten à la dose de XX à XXX gouttes par jour, chez les enfants au-dessous de 2 ans; de XL à LX, chez ceux au-dessus de 2 ans, doit être employée concurremment avec le régime lacté exclusif. Si l'enfant est suspect au point de vue pulmonaire, le sirop de raifort iodé, longtemps continué, donne de merveilleux résultats. Les affections pulmonaires aiguës (bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie) seront chez les enfants athrepsiques, comme chez les autres enfants, justiciables d'un traitement approprié.

Pour le cas particulier, nous conseillons d'avoir recours au benzoate de soude et à la teinture de digitale associés dans un looch en tenant compte, bien entendu, des doses par années d'âge.

Les maladies qui revêtent plus particulièrement un caractère épidémique, telles que la rougeole, la coqueluche, la scar-

latine, la diphtérie, si elles coïncident avec l'athrepsie, seront également traitées suivant les indications qu'elles présenteront.

En somme, la thérapeutique de l'athrepsie tardive se résume ainsi :

1° Hygiène rigoureuse de l'enfant, consistant en soins de propreté très minutieux, réglementation rigoureuse du nombre des tétées et de la quantité de lait qui doit être proportionnée au poids de l'enfant ;

2° Traitement symptomatique (gastro-entérite, diarrhée, muguet, etc...) ;

3° Traitement général qui devra être surtout tonique (sirop de raifort iodé. Phosphate de chaux, vin de quinquina si l'enfant est plus âgé).

CONCLUSIONS

1° A côté des athrepsies de Parrot (nouveau-nés), il existe une catégorie d'enfants chez qui la nutrition troublée ou retardée sous l'influence de causes diverses se traduit par une diminution de poids ; on peut appeler ces enfants des athrepsiques tardifs ;

2° C'est seulement par l'emploi de la balance et par des pesées régulières que l'on peut se rendre un compte exact de l'état d'athrepsie d'un enfant ;

3° L'athrepsie tardive diffère essentiellement de l'athrepsie précoce en ce qu'elle est beauconp moins grave et partant presque toujours curable.

Les lésions sont plus superficielles ;

4° Ce sont les troubles gastro-intestinaux, liés à une alimentation vicieuse, qui sont la principale cause de l'athrepsie tardive.

A signaler aussi, dans l'étiologie, l'évolution dentaire, la syphilis, la tuberculose, les affections aiguës ou chroniques de l'appareil respiratoire ;

5° On devra distinguer les vrais athrepsiques tardifs, ceux qui ont une diminution de poids permanente et durable, de ceux qui diminuent momentanément de poids sous l'influence d'une maladie aiguë ou chronique ;

6° Le diagnostic sera fait par l'appréciation de l'état général du sujet, contrôlé à l'aide de la balance. Le pronostic devra

être réservé surtout pour les enfants tarés (syphilitiques, tuberculeux) ;

7° L'athrepsie tardive est très curable, à la condition d'observer strictement les règles de l'hygiène, de traiter immédiatement les symptômes observés, et d'avoir largement recours au traitement reconstituant.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Clinique des maladies des enfants, service de M. le professeur Baumel)
Athrepsie par mauvaise alimentation; sevrage prématuré.

Le 24 décembre 1899, B... Henri, âgé de 17 mois, entre à l'Hôpital suburbain, à la clinique de M. le professeur Baumel, salle des enfants de 2 à 4 ans, lit N° 11. Vient de la ville.

Antécédents personnels. — Sevré à 11 mois, marchait bien, était dégourdi. Après le sevrage, il a commencé à diminuer de poids tous les jours, puis n'a pas tardé à ne plus marcher du tout. Nourri d'abord avec du lait, il eut de la diarrhée, à laquelle fit suite une constipation opiniâtre avec fèces très dures. C'est alors que la mère voulut le faire manger. Puis, voyant que son enfant restait toujours dans le même état de débilité, elle se décide à le faire entrer à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — La mère a eu d'abord 3 enfants. Pas de fausses couches. Il existe actuellement une fille de 16 ans, un garçon de 14 ans, tous les deux très bien portants. Un autre enfant est mort en bas âge, puis long intervalle sans

grossesse. Enfin, 4 enfants sont actuellement en vie. La mère a été très fatiguée pendant sa dernière gestation et, depuis, elle est très faible. Le père est mort à 47 ans, en mars 1899, d'une attaque d'apoplexie, presque subitement. Il avait le visage noir, très congestionné. Jusque-là, sa santé avait été bonne, bien qu'il fût très maigre.

Avant l'époque qui a précédé sa mort, il éprouvait souvent de violents maux de tête, la nuit et le jour indifféremment. Ses jambes fléchissaient sous lui et le soir, au coucher, elles étaient gonflées. Il était alcoolique.

État actuel. — Le 27 décembre, on fait un premier examen de l'enfant. Il présente un peu de gros ventre, 8 dents : 4 incisives inférieures et supérieures. Les os des membres sont grêles, chétifs. Un peu de diarrhée. Le diagnostic athrepsie tardive est porté. Le régime lacté absolu et régulier est institué, puis le sirop de lactophosphate de chaux. On fait des pesées tous les trois ou quatre jours et on obtient les résultats mentionnés ci-dessous :

Le 10 février 1900,	la pesée donne	6 k	720
Le 13	—	—	6 k. 340
Le 16	—	—	6 k. 420
Le 20	—	—	6 k. 510
Le 24	—	—	6 k. 260
Le 28	—	—	6 k. 415

Apparition des deux premières molaires. — Le 3 mars, évolution dentaire, 10 dents : 4 incisives inférieures et supérieures, 2 molaires supérieures qui pointent. L'enfant présente un testicule gros, du volume d'un œuf de pigeon dur, rénitent.

On se demande un moment s'il ne s'agirait pas d'un testicule syphilitique. Il existe, en outre, sur le cordon, juste au-dessus du testicule, un ganglion du volume d'un grain de chènevis, appréciable au toucher.

On constate également de la polyadénite ganglionnaire dans les régions inguinale et cervicale.

(*Voir la Courbe des Pesées, page 38*).

Courbe des pesées



Le 7 mars, la pesée donne		6 k. 300
Le 13	—	6 k. 600
Le 17	—	6 k. 100

On perçoit très nettement dans les fosses iliaques droite et gauche des ganglions du volume d'un pois. Le ganglion situé au-dessus du testicule, à la base du cordon, persiste. Présence de ganglions à la nuque et dans les creux sus-claviculaires.

Le 21 mars, la pesée donne		6 k. 170
Le 24	—	6 k. 250
Le 27	—	6 k. 215
Le 31	—	6 k. 280
Le 4 avril,	—	6 k. 370
Le 7	—	6 k. 480
Le 10	—	6 k. 500
Le 18	—	6 k. 510
Le 28	—	6 k. 640

Toutes les pesées d'avril donnent une augmentation notable.

Le 1er mai, la pesée donne		6 k. 650
Le 4	—	6 k. 650
Le 8	—	6 k. 645
Le 12	—	6 k. 810
Le 16	—	6 k. 870
Le 19	—	7 k. 325
Le 22	—	7 k. 280
Le 26	—	7 k. 310
Le 29	—	7 k. 150

Ces diverses pesées du mois de mai donnent des oscillations variées.

L'enfant gagne de plus en plus.

Le 2 juin, la pesée donne		7 k. 420
Le 3	—	7 k. 550
Le 9	—	7 k. 560
Le 12	—	7 k. 720

Il est facile de constater au moyen de cette courbe que l'état de l'enfant s'est amélioré graduellement, de façon à rattraper le temps perdu.

Durant la maladie, aucune complication du côté de l'appareil respiratoire n'a été signalée. Le traitement institué a été le régime lacté, avec prises régulières, 120 grammes toutes les 3 heures. Il a été, en outre, administré du sirop de lactophosphate de chaux (2 cuillerées à bouche par jour). En raison des ganglions dont l'enfant est porteur, l'iodure de potassium, à la dose de 0,50 centigr., est administré.

L'enfant sort de l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Observation II.

(Clinique des maladies des enfants, service de M. le professeur Baumel)
Athrepsie par mauvaise nourriture (sein et biberon); broncho-pneumonie; mère manifestement tuberculeuse.

G... Louis, âgé de 18 mois, entre dans le service, salle des enfants de 2 à 4 ans, lit n° 13, le 9 février 1900.

Vient de l'Hôpital général.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. La mère est

morte tuberculeuse à la fin du mois de décembre. Elle donnait encore le sein à son enfant deux jours avant sa mort. G... L. a sa sœur dans le service, âgée de 4 ans 1/2, et atteinte d'une broncho-pneumonie. Elle a présenté une adénite sous-maxillaire, du côté droit, assez volumineuse. Aujourd'hui on constate de l'induration des sommets.

Antécédents personnels. — A son entrée à l'hôpital, l'enfant a les pieds enflés, l'aspect un peu cachectique, le crâne asymétrique. L'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants fins, en haut et en arrière du sommet droit. Broncho-pneumonie soignée dans le service du 9 février, date de l'entrée au 15 du même mois.

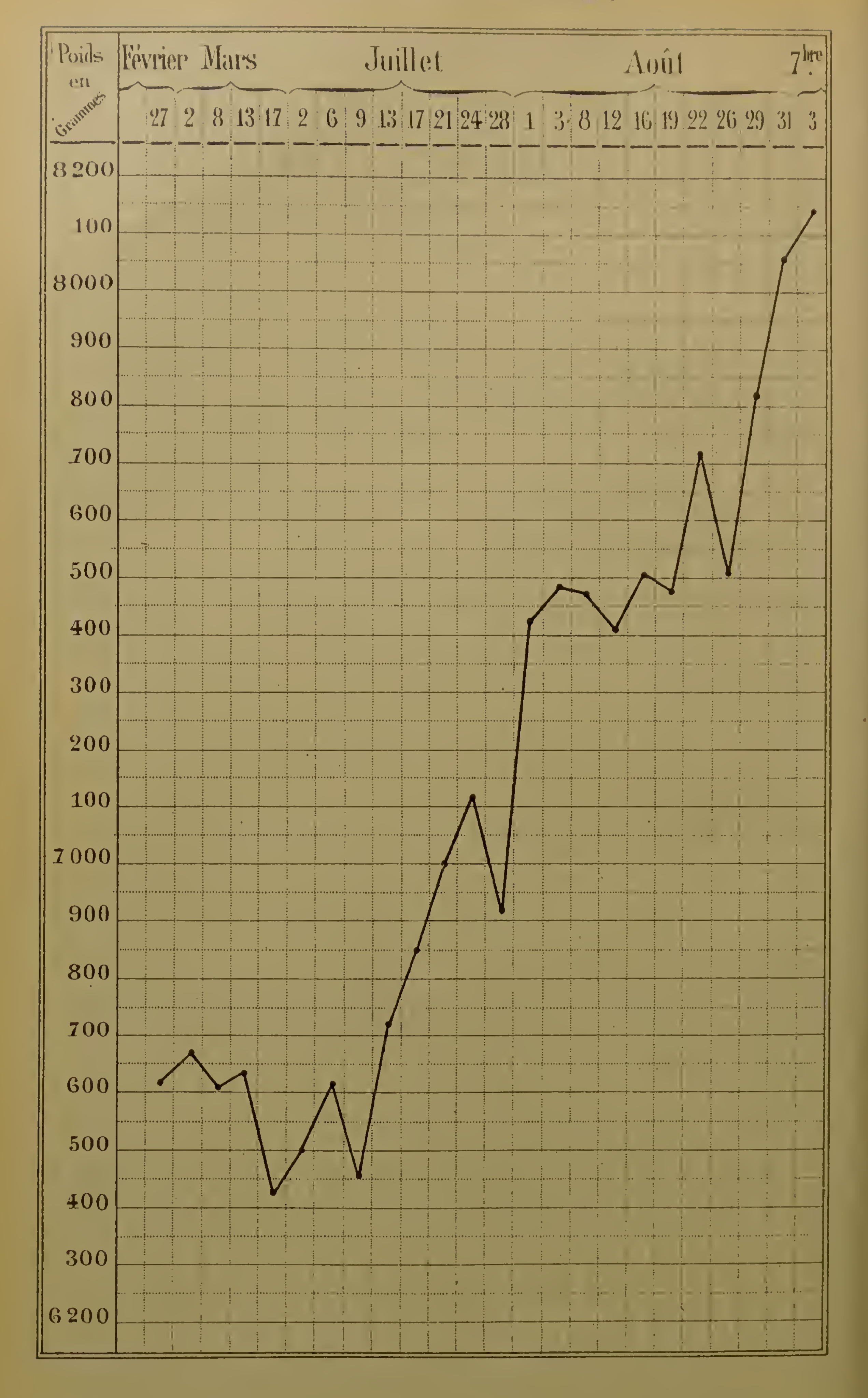
Le 27 février, une première pesée est faite. Poids :		6 k. 620
Le 2 mars, la pesée donne	. . . .	6 k. 660
Le 8	—	6 k. 605
Le 13	—	6 k. 620
Le 17	—	6 k. 420

A ce moment, l'évolution dentaire se fait. 12 dents : 4 incisives inférieures et supérieures, 2 premières molaires supérieures et inférieures, une canine supérieure droite vient à peine de percer la muqueuse, sa congénère évolue, ainsi qu'en témoigne une rougeur constante localisée sur la joue gauche. L'enfant, atteint de rougeole, passe aux contagieux.

Il en sort 25 jours après guéri. Il continue à bien se porter pendant un laps de temps assez long.

Évacué sur l'Hôpital général, il est soumis de nouveau à des pesées régulières qui donnent les résultats suivants :

Courbe des pesées



Le 2 juillet, la pesée donne		6 k. 500
Le 6	—	6 610
Le 9	—	6 450
Le 13	—	6 720
Le 17	—	5 850
Le 21	—	7 »
Le 24	—	7 110
Le 28	—	6 900

L'enfant gagne en poids de jour en jour.

Le 1er août, la pesée donne		7 k. 420
Le 5	—	7 500
Le 8	—	7 480
Le 12	—	7 410
Le 16	—	7 509
Le 19	—	7 492
Le 22	—	7 721
Le 26	—	7 500
Le 29	—	7 812
Le 31	—	8 060

L'enfant continue toujours à aller de mieux en mieux.

En dehors d'une alimentation régulière, il prend du sirop de raifort iodé. Le lactophosphate de chaux lui est également donné.

Le 3 septembre, la pesée donne 8 k. 146.

Le 24 septembre, il rentre de nouveau à l'hôpital des enfants.

Eczéma du cuir chevelu et de la face ; le sirop de raifort iodé est continué.

Pour l'eczéma du cuir chevelu et de la face, il est fait deux applications par jour, une le matin, l'autre le soir, d'une pommade avec :

Acide salicylique.	0,50 centigr.
Oxyde de zinc.	1 gramme.
Soufre précipité	2 —
Vaseline	30 —

L'eczéma est en partie disparu.

Une première molaire gauche du maxillaire inférieur évolue.

Une incisive gauche du maxillaire inférieur est notablement plus courte que les autres.

Le 16 octobre, nouvelle poussée d'eczéma.

Traitement : lavage à l'eau boriquée tiède, saupoudrage au salol. Sirop de raifort iodé, 20 grammes : 10 grammes le matin, 10 grammes le soir.

Fin de l'évolution dentaire, disparition de l'eczéma.

Observation III.

(Clinique des maladies des enfants, service de M. le professeur Baumel)
Athrepsie par gastro-entérite, compliquée de broncho-pneumonie.

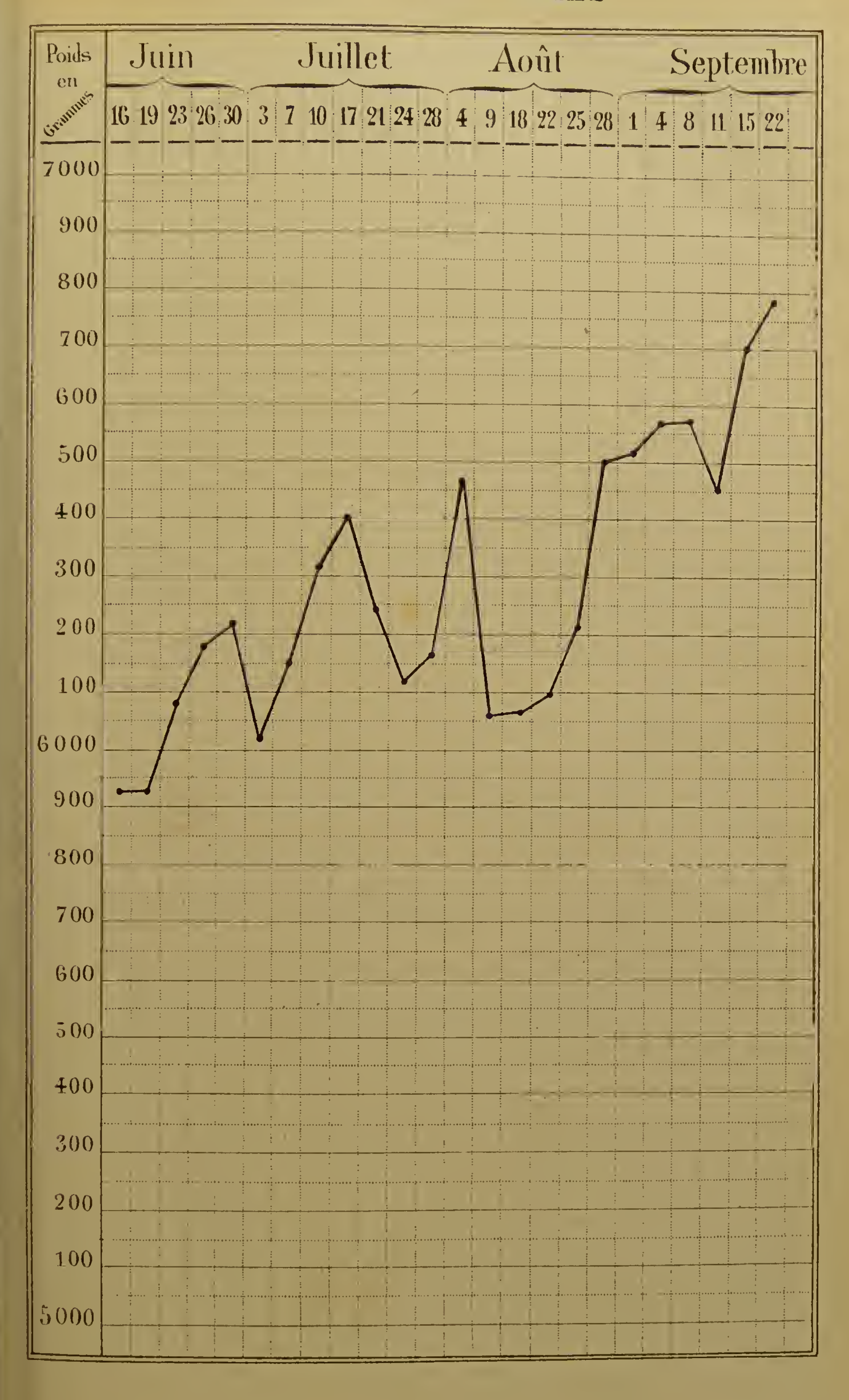
P... Fernande, âgée de 3 ans, entre à la clinique des enfants le 15 juin 1900.

Antécédents héréditaires. — Aucuns renseignements sur les parents.

Antécédents personnels. — Née à terme. A fait plusieurs séjours à l'hôpital pour des bronchites. A eu dans le service une broncho-pneumonie. Très affaiblie. Prolapsus du rectum. A mangé de très bonne heure. Un peu de gros ventre. Du 16 au 23 juin, bronchite avec température montant jusqu'à 39°.

Le 16 juin, on la pèse : poids, 5 k. 925.

COURBE DES PESÉES



Le 19 juin, la pesée donne		5 k.	920
Le 23	—	6	090
Le 26	—	6	180
Le 30	—	6	273
Le 3 juillet,	—	6	020
Le 7	—	6	140
Le 10	—	6	315
Le 17	—	6	410
Le 21	—	6	245
Le 24	—	6	113
Le 28	—	6	160
Le 4 août,	—	6	460
Le 9	—	6	055
Le 18	—	6	065
Le 22	—	6	080
Le 25	—	6	205
Le 28	—	6	495

L'enfant augmente de poids à chaque pesée. Sa bronchite est terminée.

L'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal.

Le sirop de raifort iodé lui est administré ainsi que l'eau de lactophosphate de chaux.

Le 1er septembre, la pesée donne .		6 k.	513
Le 4	—	6	565
Le 8	—	6	570
Le 11	—	6	450
Le 15	—	6	690
Le 22	—	6	770

Toujours le même traitement. L'enfant sort de l'hôpital guérie.

Observation IV.

(Due à l'obligeance de M. H. Coustan, interne du service)
Athrepsie par gastro-entérite. Insuffisance de lait maternel.

Hubertine R..., âgée de 17 mois, entre dans le service de M. le professeur Baumel, clinique des maladies des enfants (crèche lit n° 3), le 24 août 1900. Vient de la ville.

Antécédents héréditaires. — Mère de santé délicate, ne présentant aucun stigmate de tuberculose, ni de syphilis, n'accusant aucune maladie antérieure. Pas de fausses couches. Le père, employé à la Compagnie des tramways, s'est toujours très bien porté, quoique ayant un aspect assez malingre. Il n'est pas alcoolique ; ni syphilis, ni tuberculose.

Antécédents personnels. — Elle est née à terme, petite, pesant un poids à peu près normal. La mère ayant très peu de lait, l'enfant fut nourrie au biberon. Quantité : 1 litre par jour et très irrégulièrement.

L'enfant nous fut présentée par sa mère à la consultation gratuite du 24 août au matin. Elle présentait toutes les apparences d'une enfant retardée dans sa croissance, la face pâlie, dans un état de grande maigreur, les jambes et les bras nullement proportionnés à son âge, d'une gracilité extrême.

Elle n'a que 4 dents incisives et deux en voie de formation : 1 canine et 1 première molaire de la mâchoire supérieure.

Début de la maladie. — La mère s'aperçoit que son enfant a de la diarrhée très fréquente et très abondante vers le 24 juillet. Elle est, sur les conseils d'un médecin de la ville,

mise au régime lacté régulier, à partir de ce jour, refusant, du reste, de manger des aliments solides.

La mère lui donne pourtant de temps en temps des biscuits, du sucre, du chocolat..... La diarrhée persiste et l'enfant continue à s'affaiblir de jour en jour sans que l'on puisse constater une amélioration quelconque dans son état. La mère nous déclare que dans l'espace d'un mois (24 juillet-24 août), l'enfant a perdu «toute sa chair». Elle entre, dans cet état de profonde misère physiologique, le 24 août, à la clinique des enfants avec le diagnostic *athrepsie tardive.* M. le docteur Andrieu, chef de clinique, après un premier examen, lui prescrit le régime lacté régulier et les potions suivantes pour combattre la diarrée :

I. Eau de chaux	ãã	60 gram.
Eau de laitue		
Sirop simple.		120 —
Teinture de musc.		VI gouttes.

Pour le muguet, qu'elle a en petite quantité, localisé à la bouche seulement, la formule :

II. Borate de soude	ãã	15 gram.
Miel rosat.		

De plus, pour le cœur qui est un peu affaibli :

III. Caféine.	0,20 centigram.
Benzoate de soude .	1 gram.
Julep.	60 gram.

A prendre : 1 cuillerée à café d'heure en heure.

Défense expresse est faite à la mère de ne rien donner à l'enfant en dehors du régime prescrit.

Le 25 août, le régime est commencé, le matin. On pèse l'enfant. Poids : 4 k. 460.

La diarrhée est encore persistante les 26 et 27, sans toutefois qu'il y ait à constater un affaiblissement visible. Pas de fièvre (l'enfant n'en a du reste jamais eu dans le cours de sa maladie). Le cœur a repris ses battements normaux.

Suppression de la potion à la caféine.

Entre temps, le 26, la mère s'aperçoit que les deux dents qui étaient en voie de formation sont sorties. L'enfant a donc, à cette époque, 6 dents.

Le 28, nouvelle pesée. Poids : 4 k. 460.

L'état est stationnaire.

La diarrhée cesse le 28. Le 29, il existe même un léger degré de constipation. Un suppositoire glycériné est prescrit, et le même régime auquel on ajoute :

Sirop de lactophosphate de chaux . . 20 gram.

2 cuillérées à bouche par jour.

Le 1er septembre, la pesée donne 4 k. 810.

On cesse la potion composée de :

Elixir parégorique	XX gouttes.
Benzo-naphtol	ãã 0.50 centigr.
Salicylate de bismuth .	
Julep	120 gram.

Le régime lacté est continué. Amélioration notable.

Le 4 septembre, la pesée donne		5 k. 060
Le 8	—	5 k. 080
Le 11	—	5 k. 095

L'enfant est reprise par sa mère.

Observation V.

(Clinique des maladies des enfants, service de M. le professeur Baumel)
Athrepsie par gastro-entérite. — Mère syphilitique.

B... Léon, âgé de 3 ans, entre le 29 décembre 1899, à la clinique des maladies des enfants. Il occupe le lit n° 12 de la salle des enfants de 2 à 4 ans. Vient de la ville.

Antécédents personnels. — Élevé au biberon. A mangé de très bonne heure. Sa mère lui faisait partager sa nourriture. Vomissements. Diarrhée.

Antécédents héréditaires. — Le père a contracté, en 1895, la syphilis qui a donné lieu à des accidents très intenses (iritis-syphilitique). La mère, contagionnée à coup sûr par le mari, a fait une fausse couche, a eu un enfant chétif mort à 2 mois, a accouché ensuite de l'enfant qui fait l'objet de cette observation.

Un troisième enfant, malingre, est mort à la crèche, au commencement de janvier 1900, âgé de 17 jours. Celui-ci est né à l'asile des aliénés, où la mère a fait deux séjours en 3 ans.

Diagnostic. — Athrepsie tardive. Gros ventre.

La première pesée, effectuée le 2 mars, donne .	7 k. 800
Le 7 mars, la pesée donne	7 k. 890
Le 13 —	7 k. 615
Le 17 —	7 k. 910

A partir de cette époque, l'enfant augmente graduellement.

Traitement. — Régime lacté régulier. Lactophosphate de chaux.

L'enfant est repris par ses parents. Il est en bonne voie de guérison.

Observation VI.

(Clinique des maladies des enfants, service de M. le professeur Baumel)
Athrepsie tardive par mauvaise alimentation. — Insuffisance totale de lait maternel.

Adrien G..., âgé de 6 mois, entre à la clinique des enfants le 1er septembre 1900, crèche lit N° 1.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 47 ans, alcoolique, souffre beaucoup de la tête, surtout la nuit. Aucun signe de tuberculose. La mère, âgée de 41 ans, a eu la fièvre typhoïde très jeune. A eu 13 enfants, dont une fausse couche. Actuellement bien portante, quoique très fatiguée. Y voit très trouble. N'a pu nourrir aucun de ses enfants, en raison du manque absolu de lait. Six enfants sont actuellement vivants : 3 garçons et 3 filles. Les autres sont morts en bas âge, à 3, 5 et 7 mois (la mère, les ayant mis en nourrice au loin, ne peut nous dire de quoi ils sont morts), à l'exception d'un seul, qui, nous dit-elle, est mort de la coqueluche.

Antécédents personnels. — Adrien G... a été mis en nourrice bien portant. Il est né à terme pesant un poids normal, normalement constitué, plutôt fort. La mère a dû le retirer de la nourrice tellement il s'affaiblissait de jour en jour. On lui donnait de la soupe, du vin, d'où diarrhée, vomissements.

Actuellement, il a l'aspect d'un enfant qui a beaucoup souffert. Il est très amaigri, a une diarrhée profuse. Les matières sont épaisses, saumâtres, consistance du mastic. Érythème des fesses et parties génitales. Il ne tousse pas, n'a jamais eu ni coqueluche, ni rougeole, ni broncho-pneumonie. Hernie

inguinale du côté droit, survenue au moment d'une selle. 2 incisives médianes inférieures.

Le 4 septembre, la pesée donne 4 kil. 465.

On lui fait suivre la médication suivante pour combattre les troubles gastro-intestinaux :

I.	Eau de chaux	ãã 0.60 gram.
	Eau de laitue	
	Sirop simple.	0 30 —
	Teinture de musc	IV gouttes.

Badigeonnage 3 fois par jour avec :

II.	Borate de soude	ãã 0 10 gram.
	Miel rosat	

Amélioration notable. La diarrhée cesse.

Le 8 septembre, nouvelle pesée, qui donne 4 kil. 540, avec augmentation de 18.5.

L'enfant est repris par sa mère.

A la consultation gratuite, où il est amené régulièrement deux fois par semaine, on constate une amélioration notable. Il augmente de poids et la guérison paraît en bonne voie.

Le traitement au sirop de lactophosphate de chaux, pour aider à l'évolution dentaire, lui est donné.

Prises de lait (120 gram. toutes les 3 heures).

Observation VII.

(Due à l'obligeance de M. H. Coustan, interne du service).

Athrepsie par alimentation vicieuse. — Pseudo-paralysie syphilitique de Parrot.

B... Juliette, âgée de 11 mois, entre le 18 octobre 1900, à l'Hôpital suburbain, crèche lit N° 2.

Cette enfant, née à terme, est très belle le jour de sa nais-

sance ; la mère la nourrit au sein ou à la bouteille ; elle met sa première dent à 8 mois ; la deuxième, quelques jours après (incisives inférieures). — Quinze jours après, met les incisives supérieures.

Antécédents personnels. – Quinze jours après sa naissance, a du pemphigus.

Antécédents héréditaires. — Mère faible, anémique ; névralgies dentaires réitérées ; céphalalgies nocturnes. — Pertes blanches dans l'intervalle des règles qui ont lieu tous les 20 jours. A eu un 1er enfant il y a 8 ans qui se porte bien. 2 fausses couches à 3 mois. Un autre enfant : la malade.

Début de la maladie. — La maladie a débuté il y a cinq mois ; l'enfant avait la tête brûlante, de la fièvre, des vomissements de temps à autre, de la constipation presque continuellement. A perdu la vue à 8 mois, 5 convulsions ; de la dernière est résultée un opisthotonos très prononcé.

Depuis 3 mois, la mère a constaté de la raideur dans les membres.

Le 18 octobre, la malade est visitée, le jour de son entrée, par M. le professeur Baumel qui constate de l'extension forcée des pieds, équinisme. (Elle avait été traitée, antérieurement, pour cela, par des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium).

De plus, M. le professeur Baumel découvre sur la langue et dans l'arrière-gorge un muguet très abondant. — Faiblesse extrême ; facies pâle et amaigri ; diarrhée verte.

Diagnostic. — Athrepsie tardive et pseudo-paralysie syphilitique de Parrot.

Il est prescrit :

1° Borate de soude	ãã 10 gram.	
Miel rosat		
2° Eau de chaux.	ãã 30 gram.	
Eau de laitue.		
Sirop simple	60 —	
Teinture de musc	V gouttes.	
3° Iodure de potassium.	0 gr. 20	(en 4 fois dans du lait).
Eau.	40 —	

20 octobre. L'enfant avale difficilement et garde longtemps dans la bouche le lait ou les potions qu'elle prend, le muguet faisant obstacle.

La pesée donne 5 k. 140.

23 octobre. L'enfant avale mieux ; le muguet est moins abondant.

La pesée donne 5 k. 305.

(Augmentation de 55 gr. par jour).

24 octobre. Bras droit et jambe gauche toujours raides. Bras gauche et jambe droite vont mieux, plus souples. Le muguet va mieux. La diarrhée a un peu diminué. L'enfant avale mieux et prend facilement ses potions et son lait.

Le 25 octobre, même état.

Le 26, même état.

Le 27, la pesée donne 5 k. 180 (diminution de 31 gr. par jour), mais cette diminution est attribuée à l'évolution dentaire : l'enfant a percé la veille :

L'incisive latérale supérieure gauche ;

L'incisive latérale inférieure gauche.

Le bras droit résiste toujours plus que l'autre.

On prescrit du sirop de lactophosphate de chaux, 30 gr.

Le 28 octobre, même état.

Le 29, amélioration légère. Déglutition de plus en plus facile.

Le 30 octobre, la pesée donne 5 k. 325 (avec augmentation de 48 gr. par jour).

Le 3 novembre, la pesée donne 5 k. 275 (diminution, 20 gr. par jour).

Le 6 novembre, la pesée donne 5 k. 300 (augmentation, 8 gr. 5 par jour).

Le 10 novembre, la pesée donne 5 k. 350 (augmentation, 12 gr. 5 par jour).

Le 13 novembre, la pesée donne 5 k. 360 (augmentation, 3 gr. par jour).

Observation VIII.

(Due à l'obligeance de M. H. Coustan, interne du service)

Athrepsie par mauvaise nourriture. — Absence complète de lait maternel. — Hydrocéphalie.

Ch.... Louis, âgé de 11 mois, entré le 16 octobre 1900, dans le service de M. le professeur Baumel, crèche lit N° 3.

Antécédents personnels. — A eu des convulsions, à partir de 5 mois, quatre ou cinq fois.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, pas de fausses couches. A eu la fièvre typhoïde au mois d'août. A un abcès froid, depuis 8 mois, sur la région postéro-latérale droite du cou.— Père bien portant.

L'enfant, examiné de plus près, présente : une tête volumi-

neuse (hydrocéphalie), qu'il tient constamment raide et dans le même plan que le reste du corps. — Un facies pâle, avec les pommettes rouge vif. L'abdomen est volumineux, dur et tendu ; à la percussion, on sent de la dilatation d'estomac. Les bras et les doigts sont contracturés et comme en extension forcée.

Au point de vue de la dentition, l'enfant possède les 2 incisives médianes inférieures ; il a mis sa première dent à 9 mois. Né à terme ; allaité à la bouteille, sans être réglé dans les tétées. La mère déclare que c'est son premier enfant. Pas de renseignements sur la nourrice, la mère n'ayant pas eu de lait pour l'allaiter à sa naissance. De plus, l'enfant remue constamment la tête de droite à gauche.

Le 16 octobre, la pesée donne 7 k. 060.

Traitement. — Sirop de lactophosphate de chaux, 20 gr. (2 cuillerées à bouche par jour).

20 octobre, même état ; poids : 7 k. 110.

23 octobre, on prescrit :

Iodure de potassium	0,20 centigr.
Eau	20 gram.

L'état étant toujours stationnaire, pesée de ce jour : 7 k. 270.

27 octobre, la pesée donne 7 k. 770.

29 octobre, l'enfant prend mieux le lait qu'on lui donne. Présente de l'érythème fessier.

30 octobre, la pesée donne 7 k. 550.

Suppression de l'iodure qui agit sur la muqueuse nasale et sur la glande lacrymale.

31 octobre, la joue droite est plus rouge que l'autre ; la nuque est couverte de boutons rougeâtres.

2 novembre, convulsions localisées à la langue d'abord, puis généralisées.

3 novembre, convulsions généralisées ; on prescrit :

Chloral.	0,25
Sirop simple.	20 gram.
Eau	40 —

Pesée de ce jour : 6 k. 880.

4 et 5 novembre, les convulsions ont cessé. L'iodure est repris.

6 novembre, les deux incisives médianes supérieures sont sur le point de percer ; poids : 6 k. 710.

10 novembre, même état ; poids : 6 k. 910.

13 novembre, l'analyse des urines faites ce jour, au matin, montre du sucre. Nouvelle congestion des muqueuses due à l'iodure. Iodure supprimé ; poids à ce jour, 7 k. 160.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 15 novembre 1900.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 novembre 1900.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

BIBLIOGRAPHIE

Baumel. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1892.

Comby. — Traité des maladies de l'enfance, publié sous la direction de M. Grancher. Article : *Croissance*, t. II.

D'Espine et Picot. — Traité pratique des maladies de l'enfance.

Ignard. — Étude sur le traitement de l'atrophie infantile par le lait stérilisé. Thèse de Paris, 1899.

Parrot. — L'athrepsie, 1876.

Thiercelin. — Traité des maladies de l'enfance de Grancher, Comby, Marfan, t. II, *Athrepsie.*

Trousseau. — De l'allaitement, de la première dentition des enfants, du sevrage, t. III, chapitre LXXIII.

Variot. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1899.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA GALE

CHEZ L'ENFANT

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON .... Doyen
HAMELIN (✻) .... Assesseur

PROFESSEURS

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL, (✻) PAULET (O ✻

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	L. IMBERT
MOITESSIER	DELEZENNE	H. BERTIN-SAN[S]
de ROUVILLE	GALAVIELLE	

M. H. GOT, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. BAUMEL, *président*.
GRANEL.
BROUSSE.
VIRES.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertation[s] qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'enten[d] leur donner ni approbation ni improbation.